·述评·

# 推进紧密型县域医共体建设：破解协同治理壁垒，优化体系生态

崔珑严[1]，王敏[2]，陶红兵[1，3*]

1.430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院
2.056002 河北省邯郸市，河北工程大学附属医院组织人事部
3.430030 湖北省武汉市，华中科技大学同济医学院医院管理与发展研究中心
*通信作者：陶红兵，教授/博士生导师；E-mail：hhbtao@hust.edu.cn
崔珑严、王敏为共同第一作者

【摘要】 紧密型县域医共体的建设进入全面推进阶段，如何扩大紧密型县域医共体覆盖面和提高其建设水平面临巨大的机遇和挑战。本文通过对国内外有关政策、文献进行归纳总结，分析紧密型县域医共体发展的时代背景及影响其发展的关键要素，梳理支付方式、管理体制、服务模式和信息共享等关键壁垒因素及其内在逻辑关系，并提出了针对性对策。紧密型县域医共体的建设需要整合县域内医疗卫生资源，科学且合理制定人头总额预付方案，同时破除支付壁垒、体制壁垒、服务壁垒、信息壁垒等多重壁垒，打通堵点、连接断点、攻克难点，才能重塑医疗服务体系生态，真正落实"以健康为中心"理念，让县域居民享受优质、连续、高效的健康服务。

【关键词】 紧密型县域医共体；协同治理；医保支付方式；服务模式；信息共享
【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0632

## Promote the Construction of Compact County-level Medical Consortium：Break Through the Barriers to Collaborative Governance and Optimize the Ecological System

*CUI Longyan*[1]，*WANG Min*[2]，*TAO Hongbin*[1，3*]
*1.School of Medicine and Health Management，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，Wuhan 430030，China*
*2.Organization and Personnel Department，Affiliated Hospital of Hebei University of Engineering，Handan 056002，China*
*3.Research Center of Hospital Management and Development，Tongji Medical College，Huazhong University of Science and Technology，Wuhan 430030，China*
**Corresponding author：TAO Hongbing，Professor/Doctoral supervisor；E-mail：hhbtao@hust.edu.cn*
*CUI Longyan and WANG Min are Co-first Authors*

【Abstract】 The construction of compact county medical health community has entered the stage of comprehensive promotion. There are huge opportunities and challenges to improve the coverage and construction level of the compact county-level medical community. This researchsummarized relevant policies and literature at home and abroad，and analyzed the related era background of the development of compact county medical health community and the key influencing factors of their development，sort out the key barrier factors such as payment methods，management systems，service models and information sharing as well as their internal logical relationships，and put forward targeted countermeasures. The construction of compact county medical health community need the scientific integration of medical and health resources within county area. Meanwhile，it is necessary to formulate prepaid plan of population-based global budget and rational formulation in a scientific and rational manner. Moreover，multiple barriers such as payment barriers，institutional barriers，service barriers and information. barriers need to be removed，

基金项目：国家自然科学基金资助项目（72074093）
引用本文：崔珑严，王敏，陶红兵. 探索紧密型县域医共体：破解协同治理壁垒，优化体系生态［J］. 中国全科医学，2025. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0632.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
CUI L Y，WANG M，TAO H B. Promote the construction of compact county-level medical consortium：break through the barriers to collaborative governance and optimize the ecological system［J］. Chinese General Practice，2025.［Epub ahead of print］

blockages need to be cleared, broken links need to be connected, and difficulties need to be overcome, so as to eshape the ecology of the medical service system, truly implement the concept of health-centeredness, and enable county residents to enjoy high-quality, continuous and efficient medical and health services.

【Key words】 Compact county-level medical consortium; Collaborative governance; Medical insurance payment scheme; Service model; Information sharing

随着我国慢性病经济负担的不断增加，人口老龄化导致的医疗卫生需求大幅增长，面对经济增长放缓导致政府卫生财政支出减少的困局，医疗服务系统的发展面临巨大挑战。同时，医疗服务提供不足和资源浪费并存，医疗资源分布不均和服务碎片化导致医疗服务体系整体效率低下，迫切需要对医疗卫生服务体系进行优化布局和合理调整。推进县域医共体改革是解决县域医疗卫生资源配置不均衡和服务碎片化的关键举措。当前我国众多县域结合经济发展实际，开展了不同形式的紧密型县域医共体实践探索，积累了一些宝贵经验[1]。2023 年国家卫生健康委、中央编办、国家发展改革委等 10 部委联合下发《关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见》（国卫基层发〔2023〕41 号），明确指出坚持以政府为主导，科学构建县域医共体的政策方针，同时提出了具体的建设任务和目标，标志着紧密型县域医共体建设由试点阶段进入全面推进阶段。由于紧密型县域医共体的资源整合涉及政府、医院和居民等多方利益主体，涉及相关方的利益调整，加上不同县域相关负责人重视程度、经济社会发展状况、卫生健康水平、医保部门政策支持力度以及相关机构所处发展阶段等存在差异，多地区紧密型县域医共体在建设过程中面临巨大挑战。县域医共体建设过程中涉及多方主体的利益，想要达到一个满意均衡的状态，需要政府、县级公立医院、基层医疗卫生机构等多方共同努力，为顺利推进县域医共体建设扫除障碍[2]。既往研究多聚焦于理论分析、建设案例经验介绍；缺乏从系统性层面厘清县域医共体建设核心要素及应对策略的研究[1-2]。因此，本文旨在探讨紧密型县域医共体建设的时代背景及关键影响要素，剖析紧密型县域医共体建设中的主要壁垒并提出相应对策，这对全面开展紧密型县域医共体建设具有重要的现实意义。

## 1 紧密型县域医共体建设的时代背景及关键要素

整合服务强调将不同类型的医疗卫生服务（如健康促进、疾病预防、疾病诊疗服务和临终关怀等）整合在一起，以满足居民全方位的健康需求。目前，整合服务作为一种服务模式已在全球多地区推广。尽管不同国家的整合型医疗卫生服务体系构建模式不尽相同，但其核心思想和目标均是以人为本，逐渐实现从“以疾病为中心”的服务向“以健康为中心”的服务转变。世界卫生组织报告提出，整合服务涵盖健康促进、疾病预防、治疗和临终关怀等各种医疗卫生服务的管理和整合，是以健康为中心，协调各级各类医疗机构，为人群提供终生连贯的健康服务[3]。旨在将医疗保健系统（包括急诊、初级卫生保健和专科服务）与其他公共服务系统（例如长期护理、健康教育）紧密衔接，以达到改善健康服务成效的目标，包括提升健康服务效果、满意度和效率等[4]。

在推进过程中，整合理论为县域医共体中各级医疗机构之间的互动提供了理念基础，通过促进资源与管理的良性互动，推动各级服务主体间的协同，构建了一个有序的卫生服务提供体系，从而为居民提供连续性的健康服务。在这一整合系统中，人际、技术、信息和资本等要素相互关联、相互作用。人际交流与联系促进了技术和信息的共享，进而推动了资本的流动[5]。因此，紧密型县域医共体建设须重点关注筹资支付、组织管理、治理机制以及服务提供等关键要素。在整合服务实践过程中，涵盖同层级、同类别机构的横向整合和不同层级机构间的纵向整合。其中，纵向整合往往通过对不同层次、不同类别医疗卫生机构的资源整合及统筹协调，消除区域内服务碎片化和服务割裂，为需方提供多方面、多层次的连续性医疗卫生服务[6]。例如，美国凯撒医疗集团以基本医疗卫生服务体系为基础，通过患者、医师、医疗卫生机构和保险机构三方紧密整合，形成闭合的健康维护组织。体系内构建垂直的整合系统，纵向分类治疗疾病，横向提供预防保健服务，医保连接关键利益方，通过共享结余，共担风险形成利益共同体，同时通过信息系统为连续性服务提供支撑，实现集团内服务的信息共享[7]。我国县域医共体建设则是通过整合县域内的医疗卫生资源，包括医院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等，形成一个统一的服务网络，基于资源共享、优势互补理念，促进医疗卫生资源的有效整合，并以价值为导向的支付方式推进“以健康为中心”的整合服务[8]。

既往实践发现，基于价值导向的医保支付体系通过医保支付方式改变利益相关者行为，促进合作、协调，提供整合服务[9-10]。其中，按人头总额的支付方式在促进服务协同、提升整合服务效果方面的作用尤为突出[11]。传统的支付方式主要针对单一的医疗卫生机构，导致相应机构缺乏提供整合服务的内在动力，不同

机构的自身目标和利益的不一致妨碍整合服务模式的形成[10]。在国际实践中，基于价值的医疗保健成为卫生政策的重点之一。价值导向的支付方式逐渐成为发展趋势，取代了以控制费用为基础的传统支付方式[12-13]。人头总额预付为供方提供疾病预防的激励，有利于"以健康为中心"的整合型医疗卫生服务体系的建立[14-16]。有研究证明，对紧密型县域医共体的医疗服务实行按人头总额预付，可以促进卫生服务整合，同时在分级诊疗、费用控制和基层服务能力提升方面均取得了良好效果[17-19]。

紧密型县域医共体建设的关键是医疗卫生服务和医保政策的协同，把握关键要素，合理整合县域内医疗卫生资源，消除服务间碎片化和割裂化等障碍的同时，科学设计并实施县域按人头总额预付方案，才能更好地推动不同层级医疗机构的服务整合和管理融合，从而实现"以健康为中心"的服务模式转变。

## 2 紧密型县域医共体建设的主要壁垒及应对策略

尽管各地区在紧密型县域医共体的推进实践中取得了一定的成效，但仍面临着利益分配不公、绩效考核不科学、配套政策不健全等问题，这些问题在一定程度上限制了其实现医保基金战略性购买功能的发挥。人头总额预付带来了资金统筹调配、优化利用的宝贵机遇，但也面临体制架构繁杂、服务能力失衡、信息流通阻滞、利益分配纠葛等多重壁垒[20]，亟待系统剖析以觅求破局良策。总结各地建设经验，提出需要解决的几个壁垒问题和破局思路。

### 2.1 支付壁垒：医共体资金预算与分配

人头总额预付机制把医保资金总额以预先拨付的形式注入医共体的医疗费用"蓄水池"，主要基于在预付制背景下，医共体内的居民健康状况越好疾病发生率越低，预付资金结余可能性越大的思路，推进各成员机构在保障服务质量的前提下节约服务成本，同时通过健康服务关口前移降低居民的医疗健康成本，实现战略性购买。

部分地区紧密型县域医共体的实践证实了基层医疗机构开展健康管理和健康促进、慢性病筛查和早期干预，可以促进居民健康素养提升，慢性病患病率下降，医疗费用支出增速放缓，医保基金使用效率显著改善，彰显该模式潜力[21-25]。李芬等[26]的研究提出，当前医共体医保制度改革的难点和重点在于进一步完善总额测算和分配方法，同时建立配套考核机制。刘昭等[27]对县域医共体模式下医保基金支付管理的研究表明，医共体内成员单位的医保总额预算分配的决定权属于医保经办机构，医保基金总额预算方法有待改进。在实证研究方面，龚光雯等[28]采用定性比较分析法对县域医共体总额预付激励效应影响因素的组态效应进行了探究，结果显示按人头测算的总额预付有助于提升医共体总额预付的激励效应。李力等[9]以天长市作为案例，采用制度分析与发展框架剖析了总额预付下医共体个人利益与集体利益冲突的原因，认为调和个人与集体利益的冲突是构建总额预付下医共体激励约束机制的策略选择。

医保支付方式是决定县域医共体能否成为利益共同体的关键因素之一。由于医共体存在不同层级医疗机构间、个人和集体间的利益冲突，医保支付可以对相关主体利益关系进行协调和再分配[29]。有相关研究证明了总额预算、结余留用对提高县域医共体服务成效的逻辑关系[30-31]。

要设计和利用好总额预付和结余留用相关政策，需要转变固有观念，突破面临的障碍。

其一，县域医共体内实行人头总额预付与实行一体化管理的逻辑关系。医保部门强调医保基金使用的科学、高效、可持续，在实行人头总额预付前需要紧密型县域医共体实质运行并提供稳妥、扎实、可靠的医疗服务，避免实行总额预付可能会对医保基金使用效率带来的威胁。卫生健康部门和医疗机构则认为紧密医共体没有实行人头总额打包付费无法促成利益共同体，很难构建服务共同体[32]。统筹推进医共体和医保协同治理体系，需要把握好人头总额预付与实行一体化管理的逻辑关系，避免因某些关键要素的缺失而制约整体发展。在医保基金实行市级统筹的前提下，需要结合不同县域人口结构、经济发展水平、疾病谱和医保基金的筹资及使用情况等因素制定不同区域内医保基金总额分配方案，同时要处理好紧密型医共体和松散型医共体的差别支付政策，并在未实现资源整合的县域医共体中强化对服务整合的支付引导[32]。

其二，基金结余的前提是需要有一定数量的人头总额预算做保障，如果总额预付的额度与医疗实际需要的费用差距很大，基金结余的可能性很小，县级牵头医院推进医疗资源下沉和健康服务关口前移的积极性就会受到影响。因此，科学且合理的人头总额预算非常重要，特别是很多地区医保基金实行市级统筹，实际上已经没有"县域基金盘子"，如何根据县域内人口数量、人口结构以及历史发生的医疗费用合理确定总额预算给医保管理部门带来了一定的挑战。

其三，如何把握好人头总额预付与其它支付方式之间的关系同样重要。不要因为实现疾病诊断相关分组（DRG）/ 病种分值付费（DIP）改革而影响人头总额预付，同时实行医共体总额预付后，也不能实行"一包了之"，需构建多元复合式医保支付体系、医疗服务和医保基金的监管体系。多个省份在医保总额预算的基础上同时实行多元支付方式，包括对普通住院医疗服务主要

推行 DRG/DIP 付费，对长期、慢性病住院医疗服务推行按床日付费，对门诊医疗结合家庭医生签约服务实行按人头付费，同时结合中医药服务特点积极探索符合的支付方式，在政策的推行中积累了一定的经验[33]。

其四，科学且合理地制定基金结余分配方案非常关键。一些地区探索由医共体牵头单位负责内部结余留用分配方案的制定，大多数地区将结余的医保基金按照一定比例在县级医疗卫生机构、乡镇卫生院、村卫生室进行分配，但也存在牵头单位既是运动员又是裁判员的嫌疑。建议县域医共体管理委员会下设相对独立的经营管理中心，统一对医共体成员单位的医疗卫生服务质量、数量、技术含量及健康结果改善的贡献度等多方面进行考核，根据考核结果动态调整医保基金分配比例，经医共体管委会审定报医保经办机构备案后进行分配，而不是简单地以医疗服务量或按照固定比例进行分配，以促进各成员单位围绕医共体的共同目标积极主动开展医疗健康服务。

**2.2 体制壁垒：行政分割下的利益均衡**

在目前县域医疗卫生机构管理体制下，县级公立医院属于县卫生健康部门管理，基层医疗卫生机构受乡镇政府与卫生健康部门双重管辖，并且都是独立法人。从政府维度来看，涉及医保部门、卫生健康部门、乡镇党委政府；从医疗机构维度来看，涉及各层级成员单位和从业人员；从民众维度来看，涉及具备医疗健康需求的民众及患者[2]。如何把握好县域医共体成员单位和相关人员在不同发展阶段的利益诉求，推进不同主体的利益均衡是推行紧密型医共体良性发展的关键问题之一。

目前建设的松散型县域医共体往往停留在技术支援和服务协同层面，内部人事调配和财务管理各自为营，难以形成统一的考核和激励机制，县级医院与基层机构的专家资源共享、技术共享、设备共享缺乏动力机制。紧密型县域医共体的实质运行则需要构建"四个共同体"，通过服务共同体畅通服务的分工合作与双向转诊机制，通过责任共同体完善权责利一致的引导机制，通过利益共同体完善利益均衡和分配机制，通过管理共同体完善区域医疗资源整合与共享机制。

构建四个共同体需要县委县政府统筹帷幄，做好顶层设计及资源整合与利用。不同地区有不同的模式，大多数成立县域医共体管理委员会或理事会作为医共体决策议事机构，机构由政府领导和相关部门负责人组成，制定整体规划、财务决算和运营策略并对成员单位和负责人进行考核。医共体管委会或理事会委托医共体牵头医院院长以及班子成员负责统筹使用医共体的人、财、物、信息资源等开展运行管理工作。同时也要接受监事会和卫生健康部门的行业监督。医共体牵头医院对成员单位负责人开展年度考核，实施年薪制和绩效激励等措施[1]。

同时，制定规则和整合资源方案不仅需要政府、医保部门以及医共体成员单位负责人的参与，同时也要充分征求成员单位医务人员、参保人、社会组织等利益相关者的意见，医务人员作为政策的承载者和执行者，应充分尊重其利益诉求，才能实现县域医共体的资源整合与医保支付政策的协同效应[9]。

**2.3 服务壁垒：能力落差与衔接"断档"**

县级医院为县域医疗的龙头，较基层医疗卫生机构技术功底深厚、设备先进，基层医疗卫生机构诊疗手段单一且相对匮乏，二者诊疗水平有一定差距，服务能力的"鸿沟"致使双向转诊"跷跷板"失衡，"上转轻松、下转难"成为沉疴。居民基层首诊遇棘手病症"向上流转"后，康复期难以依循政策"回流"基层，医共体双向转诊的链条脱节。要想弥补这一服务裂痕：一则需要借力县级医院的技术和专家优势，通过专家下沉、进修学习、远程医疗指导等多种形式，提升基层医疗卫生机构的服务能力；二则县级医院应该将后续治疗延展至基层，使医院就诊患者的后期康复和健康管理在社区，同时规范服务转接流程与细则，全力铸就"小病在基层、大病上医院、康复回社区"的闭环；三则合理引导老百姓的理性就医行为，就医行为与当地经济发展水平、医疗资源配置与服务水平、人口学特征及社会文化环境、医保支付制度、老百姓的就医知识和医疗素养等众多因素相关，需要界定好不同层级医疗卫生机构的功能定位和服务范围，系统设计，正确引导居民理性就医。

**2.4 信息壁垒：数据"孤岛"阻隔整合服务**

信息的互联共享是实现紧密型医共体服务和管理协同的重要基础。信息化建设能实现医共体医疗卫生数据的共享，为医共体成员单位提供互动平台，并且借助信息化建设，患者能享受连续性的医疗卫生服务，提升紧密型医共体服务的整体绩效。但现状是医共体内部成员单位的信息化建设水平参差不齐，主要表现为基层信息化硬件设备老旧，系统落后。其次，医共体与医保、医药、疾病预防和妇幼保健等相关系统尚未联通，各部门的信息系统处于相对独立的状态，无法对医疗卫生数据进行共享并整合利用。另外，由于医院医疗服务信息系统、基层医疗卫生机构公共卫生信息系统、医保结算系统"三足鼎立"、互不融通，数据"孤岛"仍然存在，全科和专科的协同、医疗和预防的融合以及医保基金高效使用等缺乏信息支撑。因此，破局关键在于政府加大信息化投入，系统设计统一的县域医疗健康信息大平台，整合各方数据，通过信息赋能连续性服务，以信息流驱动服务流、业务流。例如，巩义市[34]、成都市青白江区[35]等典型地区，通过搭建全民健康信息平台，横向联通医疗、医保、公卫、妇幼的医疗专用网络，通过信息化促

进合理医疗卫生资源的有效配置和高效利用，从而促进整合型服务体系的形成。

## 3 小结

县域医共体在人头总额预付背景下砥砺前行，需要破除体制、服务、信息、利益的重重壁垒，唯有以系统思维、整体设计贯穿始终，打通堵点、连接断点、攻克难点，才能重塑医疗服务生态，真正落实“以健康为中心”的理念，让县域居民在优质、连续、高效的医疗健康服务中收获健康福祉，让“以健康为中心”理念落地生根，织密筑牢健康中国基层“健康网”的坚实根基。

作者贡献：崔珑严、王敏负责文章的构思、资料的收集与整理、论文的撰写与修订；陶红兵负责文章的设计、质量控制与审校，对文章整体负责。

本文无利益冲突。

崔珑严 https://orcid.org/0009-0008-9348-8434

## 参考文献

[1] 周倩，鞠珂，赵晓恒，等. 我国紧密型县域医共体典型模式比较及实现条件分析：基于“三圈理论”视角[J]. 卫生软科学，2022，36（1）：12-16. DOI：10.3969/j.issn.1003-2800.2022.01.004.

[2] 何光秀，汤少梁. 分级诊疗背景下县域医疗共同体建设中的利益相关者博弈研究[J]. 中国全科医学，2020，23（13）：1611-1614. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.085.

[3] World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services：interim report[R]. Geneva：World Health Organization，2015.

[4] LEUTZ W N. Five laws for integrating medical and social services：lessons from the United States and the United Kingdom[J]. Milbank Q，1999，77（1）：77-110. DOI：10.1111/1468-0009.00125.

[5] 吴悦，张亮. 基于整合理论的农村地区医疗机构层级间的良性互动探讨[J]. 中国卫生经济，2017，36（3）：8-11. DOI：10.7664/CHE20170302.

[6] 匡莉，甘远洪，吴颖芳. “纵向整合”的医疗服务提供体系及其整合机制研究[J]. 中国卫生事业管理，2012，29（8）：564-566，602. DOI：10.3969/j.issn.1004-4663.2012.08.001.

[7] 江刚，赵允伍，王晓松，等. 我国整合型医疗卫生服务体系构建策略探讨[J]. 南京医科大学学报（社会科学版），2021，21（5）：413-417. DOI：10.7655/NYDXBSS20210501.

[8] 朱晓丽，郑英，王筠珩，等. 整合医疗卫生服务背景下医保支付方式改革的政策优化：基于国际经验视角[J]. 中国医疗保险，2022，20（5）：121-126. DOI：10.19546/j.issn.1674-3830.2022.5.026.

[9] 李力，郑英. 总额预付制下县域医共体激励约束机制分析：个人利益与集体利益的冲突[J]. 公共管理与政策评论，2023，12（1）：140-155. DOI：10.3969/j.issn.2095-4026.2023.01.011.

[10] 许越，胡琳琳，刘远立. 县域医共体服务能力提升的多元实现路径研究：基于模糊集定性比较分析[J]. 中国全科医学杂志，2023，26（25）：3140-3146. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0058.

[11] STOKES J，STRUCKMANN V，KRISTENSEN S R，et al. Towards incentivising integration：atypology of payments for integrated care[J]. Health Policy，2018，122（9）：963-969. DOI：10.1016/j.healthpol.2018.07.003.

[12] CONRAD D A，VAUGHN M，GREMBOWSKI D，et al. Implementing value-based payment reform：a conceptual framework and case examples[J]. Medical Care Research and Review，2016，73（4）：437-457. DOI：10.1177/1077558715615774.

[13] CATTEL D，EIJKENAAR F，SCHUT F T. Value-based provider payment：towards a theoretically preferred design[J]. Health Econ Policy Law，2020，15（1）：94-112. DOI：10.1017/s1744133118000397.

[14] 高晶磊，肖洁，赵锐，等. 我国县域医疗卫生共同体医保总额付费运行现状分析[J]. 中国医院管理，2021，41（9）：64-68.

[15] 李文敏，程梦珍，刘丝雨. 我国整合型健康服务体系的实现路径研究[J]. 中国卫生政策研究，2022，15（5）：1-7. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.05.001.

[16] 刘心怡，刘稳，陈文，等. 整合式卫生服务的国际进展与启示[J]. 医学与社会，2020，33（2）：14-17. DOI：10.13723/j.yxysh.2020.02.004.

[17] 褚福灵. 建立基于价值导向的医保支付制度[J]. 中国医疗保险，2017，15（11）：34-35.

[18] 谭清立，林岱衡，陈静仪. 医保付费制度改革推进医疗联合体建设的探讨[J]. 中华医院管理杂志，2021，37（8）：631-635. DOI：10.3760/cma.j.cn111325-20201202-02176.

[19] 朱晓丽，郑英，代涛. 医保支付方式对促进整合医疗卫生服务激励机制分析[J]. 中国卫生经济，2018，37（9）：24-26. DOI：10.7664/CHE20180905.

[20] 代涛，陈瑶，韦潇. 医疗卫生服务体系整合：国际视角与中国实践[J]. 中国卫生政策研究，2012，5（9）：1-9.

[21] 孙弋涵，沈晓，徐一明. 基于整体性治理理论的县域医共体建设研究：以湖北省为例[J]. 卫生经济研究，2020，37（10）：24-26.

[22] 邓宏宇，吴淼淼，杨正，等. 紧密型县域医共体医防融合慢性病管理创新模式构建研究[J]. 中国全科医学，2023，26（22）：2720-2725. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0150.

[23] 雷诗寒，陈迎春，苏岱，等. 区域按人头总额预付对安徽省两县常见慢性病住院患者就医流向的影响[J]. 医学与社会，2020，33（12）：104-108，118. DOI：10.13723/j.yxysh.2020.12.021.

[24] 周津，贺琼，王军，等. 医共体总额预付对基层医疗服务供给的影响分析：基于湖北省黄冈市黄州区的实证研究[J]. 中国卫生政策研究，2022，15（8）：41-47. DOI：10.3969/j.issn.1674-2982.2022.08.007.

[25] 匡绍华，井淇，朱兆芳，等. 按人头付费支付方式改革案例分析[J]. 中华医院管理杂志，2019，35（5）：353-357. DOI：10.3760/cma.j.issn.1000-6672.2019.05.001.

[26] 李芬，陆士辰，顾淑玮，等. 我国医共体医保制度改革进展及其影响分析[J]. 卫生经济研究，2020，37（8）：30-33.

[27] 刘昭，孙志成，赵琨，等. 县域医共体模式下医保基金支付管理现状调查[J]. 中国医院管理，2021，41（8）：58-62.

[28] 龚光雯，唐昌敏，郭丹丹，等. 县域医共体总额预付激励效应的影响因素研究：基于24个案例的清晰集定性比较分析[J]. 中国卫生政策研究，2023，16（7）：10-15. DOI：10.3969/



j.issn.1674-2982.2023.07.002.
[ 29 ] 王红波，张开然，龚曦 . 县域医共体与医保的协同发展：理论缘由、实践困境与优化策略［J］. 中国卫生政策研究，2023，16（9）：1-7.
[ 30 ] 徐烨云，郁建兴 . 医保支付改革与强基层战略的实施：浙江省县域医共体的经验［J］. 中国行政管理，2020（4）：102-108. DOI：10.19735/j.issn.1006-0863.2020.04.15.
[ 31 ] 宋桂杭 . 区域总额预算下开展紧密型县域医共体打包付费的思考［J］. 中国医疗保险，2022（11）：50-53. DOI：10.19546/j.issn.1674-3830.2022.11.009.
[ 32 ] 宁艳阳 . 关于紧密型县域医共体 医保总额付费的几点讨论［J］. 中国卫生，2024（10）：52-55.
[ 33 ] 王红波，龚曦 . 国外整合型医疗研究：演变、进展与启示［J］. 卫生经济究，2022，39（9）：15-19.
[ 34 ] 叶晓，闫晓波 . 巩义市紧密型医共体建设实践探索［J］. 中国医院，2021，25（9）：1-2. DOI：10.19660/j.issn.1671-0592.2021.9.01.
[ 35 ] 李显荣，车悦 . 成都市青白江区 以公卫服务为突破口 落实医防融合［J］. 中国卫生，2021（1）：96. DOI：10.15973/j.cnki.cn11-3708/d.2021.01.029.

（收稿日期：2024-12-26；修回日期：2025-01-12）
（本文编辑：王凤微）